


# MODÈLES

# Documents d'organisation

Une solution globale pour **l'implantologie**

# Étude pré-implantaire

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-IMPLANTAIRE

**Nom**

**Prénom**

Votre âge | Votre taille | Votre poids

Votre médecin traitant

Adresse

N° de téléphone

| | |
|---|---|
| Date de votre dernière visite chez un dentiste | / / |
| Date de votre dernière visite chez un médecin | / / |
| Date de votre dernier bilan de santé | / / |
| Prenez-vous actuellement des médicaments | oui non |
| *Si oui, lesquels et pour quels traitements (les citer tous sans exception) :* | oui non |
| Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? | oui non |
| *Si oui, lesquelles et quand ?* | |
| Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ? | oui non |
| *Si oui, de quel type ?* | |
| Présentez-vous des risques d'athérosclérose ? | oui non |
| *Si oui, prenez-vous des médicaments anticoagulants ?* | oui non |
| Votre sang a-t-il du mal à coaguler ? | oui non |
| Présentez-vous une maladie du sang ? | oui non |
| Présentez-vous de l'hypertension artérielle ? | oui non |
| Quelle est votre tension habituelle ? | |
| *Si oui, est-elle équilibrée par votre traitement ?* | oui non |
| Souffrez-vous d'une déficience immunitaire grave ou liée à une greffe ? | oui non |
| Avez-vous été transfusé ? | oui non |
| Êtes-vous diabétique ? | oui non |
| *Si oui, votre diabète est-il insulinodépendant ?* | oui non |
| *Votre diabète est-il équilibré par votre traitement ?* | oui non |
| *Quel est votre taux de glycémie habituel ?* | |
| Avez-vous des carences en vitamine D ? | oui non |
| Souffrez-vous d'un désordre hormonal ou rénal sévère? | oui non |

Avez-vous eu les maladies ou affections suivantes ?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Jaunisse | oui non | Hépatite | oui non | Dépression | oui non |
| Tuberculose | oui non | Glaucome | oui non | Coma | oui non |
| Ulcère / Duodénum | oui non | Désordres prostatiques | oui non | Rhumatisme articulaire aigu | oui non |
| Diabète | oui non | Eczéma | oui non | Anémie | oui non |
| Asthme | oui non | Épilepsie | oui non | Polio | oui non |

| | |
|---|---|
| Avez-vous subi une radio ou chimiothérapie ? | oui non |
| Avez-vous subi un traitement par rayon au niveau cervico-facial ? | oui non |

| | |
|---|---|
| Avez-vous eu ou avez-vous une hépatite virale ? | oui non |
| *Si oui, laquelle ?* | |
| Avez-vous eu un bouton de fièvre herpétique ? | oui non |
| Êtes-vous séropositif ou atteint du virus du SIDA ? | oui non |



# Étude pré-implantaire

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-IMPLANTAIRE (suite)

Souffrez-vous d'ostéoporose ? oui non

*Si oui, quel médicament prenez-vous ?*

Avez-vous eu une prothèse articulaire ? oui non

Avez-vous des réactions anormales à ces produits (allergies...) ?

Antibiotiques oui non — Latex oui non — Aspirine oui non

Antalgiques oui non — Iode oui non — Anesthésiques oui non

Anti-inflammatoires oui non — Autres, lesquels ?

Avez-vous déjà eu recours à la prise de biphosphonates ? oui non

*Si oui, quand ?*

Fumez-vous ? oui non

*Si oui, combien de cigarettes par jour ?*

Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? oui non

*Si oui, combien de fois par semaine ?*

Consommez-vous régulièrement des substances à accoutumance autre qu'alcool ou tabac ? oui non

Vomissez-vous facilement ? oui non

Avez-vous de fréquents et forts maux de tête ? oui non

Souffrez-vous de troubles nerveux ? oui non

Souffrez-vous de malaises ? oui non

Souffrez-vous de convulsions ? oui non

Souffrez-vous d'irritabilité ? oui non

Souffrez-vous d'autres maladies ou affections non répertoriées dans ce questionnaire ? oui non

*Si oui, lesquelles ?*

Avez-vous quelque chose à ajouter sur votre état de santé général ? oui non

*Si oui, laquelle ?*

Avez-vous présenté des complications à la suite d'une anesthésie locale ? oui non

*Si oui, lesquelles ?*

Avez-vous présenté des complications au cours de soins dentaires ? oui non

*Si oui, lesquelles ?*

Avez-vous déjà présenté des accidents à la suite ou pendant une extraction dentaire ? (saignement prolongé, alvéolite...) oui non

*Si oui, lesquels ?*

Avez-vous tendance à grincer des dents ? oui non

### Questionnaire complémentaire pour les patients féminins

Êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ? oui non

*Si oui, à quel mois de grossesse en êtes-vous actuellement ?*

Prenez-vous une contraception ? oui non

Êtes-vous ménopausée ? oui non

Prenez-vous des hormones substitutives ? oui non

Avez-vous subi une hystérectomie ? oui non

Je soussigné, ,
déclare avoir répondu à ce questionnaire sans dissimulation et avec le désir de le renseigner pour qu'on me donne les soins les plus appropriés. Dans le cas où des changements se produiraient dans mon état de santé ou si de nouveaux faits touchant à elle m'étaient connus, je m'engage à en avertir sans tarder la personne qui m'a fait remplir ce questionnaire.

Fait à

Signature précédée de la mention «lu et approuvé»



# Contre-indications

| | |
|---|---|
| Date de la consultation | |
| **Nom** | |
| **Prénom** | |
| Age | |
| T.A. prise ici | |
| Médecin traitant | Dr. |

## CONTRE-INDICATIONS MÉDICALES ABSOLUES
**à faire valider par le médecin du patient**

| | |
|---|---|
| Prothèse articulaire | |
| Prothèse valvulaire | |
| Diabète non équilibré | |
| Autre maladie systémique | |
| Troubles psy majeurs | |
| Os irradié | |
| Radio ou Chimiothérapie en cours | |
| Infarctus récent | |
| Insuffisance rénale grave | |
| AIDS déclaré | |
| Tumeur bucco-pharyngite | |
| Hémophile | |
| Organe transplanté | |

## CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES NON MÉDICALES

| | |
|---|---|
| Alcool, tabac, drogue | |
| Croissance non terminée | |
| Bruxomanie destructrice | |
| Non- motivation personnelle | |
| Ouverture insuffisante | |

## CONTRE-INDICATIONS RELATIVES
**avertir le patient du risque d'échec**

| | |
|---|---|
| Lettre écrite sur le sujet le ...../...../..... voir copie dans le dossier | |
| Séropositivité HC ou sida | |
| TTT long aux corticoïdes | |
| Tabagisme modéré | |
| Hygiène buccale insuffisante | |
| Diabète +/- maitrisé | |
| Bruxomanie modérée | |
| Ostéoporose | |
| Mauvaise hygiène générale | |

## AUTRES CONTRE-INDICATIONS

| | |
|---|---|
| Refus acompte | |
| Exigence de TTT irréaliste | |
| Infid. Dent. Patho. | |

# Conseils pré-opératoires

Vous allez subir une INTERVENTION de CHIRURGIE BUCCALE sous ANESTHÉSIE LOCALE.

Quelques précautions sont nécessaires :

*La semaine précédant l'intervention :*

- Vous ne devez pas prendre de médicaments contenant un dérivé salicylé (ASPIRINE) : ASPIRINE UPSA, ASPEGIC, ASPRO, CATALGINE...
- Si une prémédication vous est prescrite, prenez les médicaments comme l'ordonnance vous l'indique.

*Le jour de l'intervention :*

- Prenez votre petit déjeuner.
- Suivant le type d'intervention et IMPÉRATIVEMENT si une prémédication sédative vous est prescrite, vous faire accompagner pour vous rendre au cabinet ou à la clinique ainsi que pour le retour à votre domicile (risque de somnolence).

# Conseils post-opératoires

Le : ______________________________

## INFORMATIONS POST-OPÉRATOIRES D'IMPLANTOLOGIE ET/OU DE CHIRURGIE BUCCALE

Vous venez de subir une intervention de chirurgie buccale :
A la disparition des effets de l'anesthésie, il est normal d'avoir mal, la douleur devant devenir rapidement acceptable.
Il est normal d'avoir un léger saignement pendant quelques heures (48 maximum) après l'intervention.
Il est habituel de gonfler pendant 5 à 6 jours, même si cela peut paraître important.
Parfois, on peut observer une coloration de la peau, comme un bleu.
La limitation de l'ouverture buccale peut durer plusieurs jours.

Il faut :

- Appliquer une poche de glace contre la région opérée, le plus tôt possible après l'opération et la maintenir pendant deux heures.
- Observer un repos complet le jour de l'intervention, en restant assis à 45°, plutôt qu'allongé.
- Prendre impérativement tous les médicaments aux doses indiquées, même s'il n'y a pas de douleur : une douleur installée est plus difficile à combattre.
- Dès le lendemain de l'intervention, nettoyer avec la brosse chirurgicale trempée dans le bain de bouche, sur la zone opérée.
- Continuer le brossage des dents non opérées avec la brosse et le dentifrice habituels.

Il ne faut pas :

- Faire des bains de bouche le jour de l'intervention.
- Manger tant que l'anesthésie persiste (risque de morsure).
- Boire ou manger chaud les deux premiers jours.
- Manger des aliments trop solides.
- Forcer l'ouverture de la bouche.
- Avoir une activité physique violente pendant quelques jours.

N'hésitez pas à prendre contact avec le cabinet au n°...../...../...../...../..... si :

- Vous observez un saignement important qui ne cesse pas à la compression prolongée (10 à 15 minutes).
- La douleur est importante et ne cède pas aux antalgiques, ou dure plus de 3 jours.
- Si les fils de suture vous gênent beaucoup.

Avoir toujours à l'esprit :

- Qu'une intervention de chirurgie buccale entraîne le plus souvent un oedème d'importance variable.
- Que l'oedème fait partie de la réaction inflammatoire normale de l'organisme à toute agression et qu'il disparaîtra entre le 3ème et le 7ème jour suivant l'intervention.
- Qu'après une extraction chirurgicale, un léger saignement peut persister pendant les 24 premières heures.

En cas de saignement important, placez directement sur l'endroit qui saigne une ou deux compresses de gaze et maintenez sous pression ferme pendant au moins 30 minutes. Rester en position assise.

- Évitez les boissons et les aliments trop chauds, l'alcool et le tabac.
- Évitez tout mouvement de succion et d'exploration de la plaie avec la langue ou les doigts.
- Évitez les bains de bouche pendant les 12 à 24 heures suivant l'intervention.
- Une intervention de chirurgie buccale peut entraîner l'apparition d'un hématome post-opératoire.
- Une intervention de chirurgie buccale entraîne fréquemment une douleur ainsi qu'une légère difficulté à ouvrir la bouche. L'intensité de la douleur est très variable d'une personne à l'autre et selon la nature de l'intervention.
- Prenez les médicaments qui vous ont été prescrits comme l'ordonnance vous l'indique (Ne prenez pas d'aspirine ou tout médicament en contenant).
- Poursuivez le brossage des dents et gencives comme à l'accoutumée, en évitant le lieu de l'intervention pendant 4 à 5 jours.
- Si vous avez eu une prémédication, évitez de conduire un véhicule à moteur, ne vous livrez pas à une activité physique intense et reposez-vous.
- Mangez des aliments nourrissants mous (ou mixés), comme des oeufs, de la viande hachée, des pâtes, de la purée, des fromages...
- Si la DOULEUR, L'OEDÈME, L'HÉMATOME post-opératoires étaient toutefois très marqués et en cas des problèmes particuliers, N'HÉSITEZ PAS à CONTACTER le cabinet au n°...../...../...../...../.....

# Traitement pré et post-opératoire

Le : ______________________________

**Commencer la veille de l'intervention pendant 5 jours, soit un jour avant, le jour de l'intervention et trois jours après :**

1°/ Exacyl --------------------qsp

2 comprimés par jour pendant 5 jours
1 matin et 1 soir

2°/ Flanid 200 Gé ------------------ qsp

2 comprimés par jour pendant 5 jours
1 midi et 1 soir (au cours des repas)

3°/ Antibiotique adapté en prenant en compte les risques avec les contre-indications croisées et les allergies

**Après l'intervention, prendre en plus :**

4°/ Doliprane 500 -------------------- qsp

3 comprimés par jour pendant 5 jours en cas de douleurs
1 matin, 1 midi et 1 soir

5°/ Eludril collutoire -------------------- 1 flacon

pulvérisation sur la zone d'intervention trois fois par jour pendant 5 jours
matin, midi et soir après les repas

# Consentement éclairé avant une réalisation implantaire

Coordonnées praticien

Patient(e) : ________________________________

Suite au bilan et à l'examen clinique que nous avons réalisés et à la demande de votre praticien traitant, le Docteur ____________________ , je vous prie de trouver en annexe un devis concernant la pose de _____ implants (technique endo-osseuse), site(s)________ afin de supporter un système prothétique réalisé par le Docteur ________________________________.

La pose de ces implants est subordonnée à la réalisation des examens complémentaires : examen clinique, montage éventuel sur articulateur et scanner.

Dans l'hypothèse où ces implants peuvent être posés, vous devez être informé des points suivants :

1/ il existe d'autres alternatives à cette solution prothétique (appareils mobiles par exemple).

2/ cette technique présente un excellent pronostic mais l'état de santé influant sur les résultats, un pronostic à long terme est difficile (la littérature démontre 95% de succès en moyenne). En cas d'échec **au moment de la chirurgie**, l'implant sera refait une fois gracieusement dans les six mois suivant la chirurgie.

L'intervention qui va être réalisée se déroulera en 1 ou 2 temps :

- première intervention : pose des implants.

Ces derniers seront recouverts par la gencive pendant une durée moyenne de 3 à 4 mois. Aucune surcharge ne devra être exercée sur cette zone pendant la cicatrisation.

- seconde intervention **uniquement dans le cas de pose en deux temps** (actuellement plus rare) : dégagement des implants et mise en place d'une coiffe de cicatrisation (« piercing » gingival).

* Des interventions complémentaires : réalisation de gencive adhérente par greffe gingivale libre peuvent être éventuellement nécessaires ; elles sont alors prévues à ce moment.

La réalisation prothétique (tout ancrage se fixant sur l'élément implanté) provisoire et d'usage seront réalisés par votre praticien traitant ou éventuellement avec son accord par le praticien réalisant la pose des implants.

La pérennité des résultats de cette technique est étroitement fonction :

- des conditions d'hygiène bucco-dentaire
- du maintien de la qualité de votre défense immunitaire
- de la bonne réalisation prothétique secondaire

Les conséquences à court terme des interventions sont minimes. Vous pourrez toutefois présenter dans les heures ou les jours qui suivent :

- des douleurs localisées,
- un oedème,
- éventuellement une hyposensibilité des téguments et muqueuses.

Le coût global, à l’exception de la réalisation prothétique supra-gingivale réalisée par votre chirurgien-dentiste traitant est indiqué dans votre devis joint en annexe.

**Il faut être conscient que la qualité des résultats est ÉTROITEMENT dépendante de la qualité de votre hygiène. Le fait de fumer, de ne pas venir régulièrement aux contrôles qui sont fixés, peut compromettre les résultats ou conduire à l’échec, indépendamment de la qualité des travaux effectués.**

Nous vous demandons de bien vouloir nous signer le double de cette lettre d’information.

Exemplaire à retourner signé

Exemplaire à conserver

A ______________________________

Le ______________________________

Signature précédée de la mention «Lu et approuvé, bon pour accord»




**Une solution globale** POUR L'IMPLANTOLOGIE

**euroteknika**

726 rue du Général De Gaulle - 74700 SALLANCHES - France
Tél. : **+33 (0)4 50 91 49 20** - Fax : **+33 (0)4 50 91 98 66**

sales@euroteknika.com - **www.euroteknika.com**



